N° 43

LE CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME

(Résultats Opératoires)



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Avril 1905

PAR

Lucien JEANNEY

Né à Sévérac-le-Château (Aveyron), le 17 novembre 1879

EX-INTERNE A L'HOPITAL DE CETTE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE Gust. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1905

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

A MON AMI JAMES ONIMUS

A TOUS MES AMIS

L. JEANNEY.

INTRODUCTION

Il est une loi de pathologie générale qui veut que les tissus à structure imparfaitement développée n'aient que peu de tendance à être envahis par le processus cancéreux.

Le meilleur exemple qu'on puisse donner, à l'appui de cette affirmation, ést la fréquence du cancer du sein chez la femme, sa rareté chez l'homme. Chez la première, la nature a imposé à la glande mammaire la lourde tâche d'assurer l'existence du nouveau-né ; aussi, normalement hypertrophiée, nous la voyons au moment de la gestation, se solidariser avec le reste de l'appareil génital et subir un accroissement en rapport avec le surmenage physiologique qui va lui être imposé. Organe physiologiquement actif par excellence, la mamelle est aussi le plus souvent frappée par le processus néoplasique.

Chez l'homme, au contraire, organe rudimentaire, sans rôle physiologique appréciable, le sein est beaucoup moins souvent le siège de tumeurs malignes. En effet, tandis qu'au point de vue de la fréquence; le cancer du sein occupe chez la femme le premier rang, chez l'homme il ne vient qu'en douzième lieu.

Schulthess trouve une proportion de 98,6 pour cent de cancer du sein chez la femme et de 2,5 pour cent chez l'homme. Williams compte 25 hommes pour 2.397 femmes, ce qui donne à peu près la même proportion. M. le professeur agrégé Soubeyran ayant eu l'occasion d'opérer dans le service de notre maître M. le professeur Tédenat, un cas de cancer du sein

chez l'homme, a bien voulu nous donner l'idée de ce travail. Sous l'auspice de ses bienveillants conseils, nous avons parcouru les travaux publiés sur la question jusqu'à ce jour. Nous n'avons pas la prétention de refaire l'histoire du cancer du sein chez l'homme. La question a été magistralement traitée par Horteloup dans sa thèse d'agrégation de 1872, et par Poirier, dans sa thèse inaugurale de 1883, mais il nous a paru intéressant, après avoir passé en revue l'étiologie, l'anatomie pathologique et la symptomatologie, d'étudier le cancer du sein chez l'homme au point de vue des résultats thérapeutiques et des récidives. Nous avons recherché toutes les observations où les malades furent revus un certain temps après l'intervention ; nous avons noté soigneusement les cas de récidives ou de guérison ; et, de l'étude comparée de ces faits, nous avons essayé d'établir, avec toute l'improbabilité que suppose du reste une pareille question, le pronostic opératoire du cancer du sein chez l'homme.

Nous ne voulons pas cependant commencer cette étude qui marque notre dernière étape dans la vie universitaire, sans rendre un respectueux hommage à tous nos maîtres de cette Faculté. Leur enseignement, empreint de la méthode et de la clarté nécessaires à toute œuvre didactique, n'est pas exempt de l'élévation de pensées et de la largeur des vues qui ont caractérisé les Delpech, les Bouisson, les Combal, dont ils ont assumé le lourd mais glorieux héritage.

Grâce à eux, l'étude, au lieu d'être pour nous une obligation fatigante, fut au contraire une agréable et utile distraction.

Nous ne saurions trop dire à M. le professeur Ducamp, combien nous lui sommes reconnaissant du bienveillant empressement qu'il a mis à accepter la présidence de notre thèse.

Nous adressons aussi nos remerciements à M. le professeur agrégé Soubeyran. Il a été l'inspirateur de ce travail.

et nous garderons le meilleur souvenir de la cordialité empressée avec laquelle il s'est mis à notre disposition.

Nous exprimons toute notre gratitude à M. le professeur Estor et à M. le professeur agrégé Jeanbrau, qui ont bien voulu accepter de faire partie de notre jury.

Nous ne saurions oublier MM. les docteurs Petit et Scheydt, nos chefs de service de l'hôpital de Cette, qui, pendant nos deux années d'internat, nous prodiguèrent leurs conseils et leur sympathie.

Enfin, nous ne saurions manquer, puisque l'heure de la séparation est proche, et que pour obéir à la loi commune, nous allons être brusquement arraché à nos études et à nos amis, de dire à ceux-ci la tristesse que nous en ressentons.

Nous garderons l'impérissable souvenir de ces années de jeunesse, durant lesquelles nous partageâmes, avec l'ardeur de notre âge, les mêmes joies et les mêmes tristesses ; nous aimerons à les évoquer plus tard, surtout à l'heure du déclin, où, lassé du présent, on ne trouve de joie que dans l'évocation du passé.

LE CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME

(Résultats Opératoires)

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La rareté du cancer du sein chez l'homme ne lui valut que tardivement les honneurs de la littérature médicale.

C'est seulement à la fin du XVIII[e] siècle, en 1778, que nous voyons un médecin français Ledran, parler du cancer du sein chez l'homme. Encore n'y consacre-t-il que quelques mots, pour en constater la rareté !

Dussausoy cite le premier cas d'un homme atteint d'un cancer du sein. Après lui, Morgagni (tome VIII, lettre 50) donne deux observations : celle d'un orfèvre atteint de cancer du sein droit et celle d'un homme, savant et noble, qui fut atteint d'un cancer du sein pendant l'accomplissement de sa trente-troisième année.

Velpeau, dans son *Traité des tumeurs du sein*, consacre un chapitre à l'étude du cancer du sein chez l'homme, qu'il assimile au cancer du sein chez la femme.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Certains auteurs, considérant que si l'homme et la femme payaient un tribut bien différent au cancer du sein, ils le devaient au développement physiologique inégal d'un même organe, ont voulu établir que le cancer de la mamelle chez l'homme se développait surtout lorsque ce dernier avait les seins anormalement développés, ou lorsqu'il leur faisait subir des modifications physiologiques capables de les rendre dans une certaine mesure comparables à ceux de la femme. Nous sommes ainsi amené à étudier la gynécomastie et la succion au point de vue de leur influence sur le développement du cancer du sein chez l'homme.

Le sein de l'homme ne prend que rarement un développement aussi considérable que celui de la femme : cependant, cette hypertrophie s'observe quelquefois et constitue la gynécomastie. C'est ordinairement vers la puberté que les seins augmentent de volume. Celui-ci peut être variable, mais en général n'excède pas celui des seins d'une jeune fille : la taille des individus n'a qu'une influence peu marquée sur cette hypertrophie et n'amène dans le volume que des variations insignifiantes. Souvent, par la pression, on obtient l'écoulement d'un liquide lactescent. Cet écoulement ne peut être nullement assimilé à la sécrétion de la glande mammaire chez la femme et ne donne pas un caractère particulier à la maladie, puis-

qu'il se rencontre dans plusieurs autres affections de la mamelle.

Chez plusieurs hommes porteurs de tumeurs du sein, cet organe était plus développé qu'à l'état normal, presque autant que chez la femme.

Schuchardt, Berns, Imbert, de Montpellier, ont observé des cancéreux dont les seins étaient hypertrophiés. De cette constatation découlait une conclusion : c'est que la gynécomastie pouvait être considérée comme un facteur étiologique assez fréquent du cancer du sein chez l'homme.

Nous croyons que c'est là une conception plus agréable à l'esprit que rationnelle : en s'en rapportant à ce qu'on voit sur le vivant, on pourrait croire que les mamelles hypertrophiées sont constituées par une véritable glande.

Mais c'est de la graisse que l'on rencontre dans les seins des gynécomastes. Nous n'en voulons pour preuve que l'observation suivante de Jules Cloquet (1828). Cet auteur communique le cas d'un infirmier de l'hôpital de Saint-Louis, âgé de 60 ans, qui avait des mamelles aussi développées que celles d'une femme. Les seins ayant été disséqués après la mort du sujet, on n'y trouva qu'un amas de graisse avec un rudiment de glande mammaire. On voit donc que, de par leur constitution anatomique, les seins des gynécomastes n'ont pas la même prédisposition au cancer que ceux de la femme.

Mais un fait, noté souvent dans les cas de gynécomastie, est une sensibilité très marquée des seins au moindre traumatisme, au simple frottement. Cela tient-il à une innervation spéciale, à une sensibilité exquise développée au niveau de ces organes ? Nous ne le croyons pas. Les seins des gynécomastes, en raison même de leur volume, sont emprisonnés dans des vêtements qui exercent sur eux une pression continue, une gêne constante : ces traumatismes de tous les instants expliquent cette douleur si facilement provoquée, ainsi

que la coïncidence souvent notée de la gynécomastie et du cancer. Mais celle-ci ne constitue pas une cause spécialisée, elle n'est qu'indirectement prédisposante au cancer du sein, à cause des traumatismes auxquels elle l'expose, et nous croyons qu'il serait plus logique de la considérer au point de vue étiologique comme une modalité du traumatisme.

Nous pouvons en dire autant de la succion. Si celle-ci amène la sécrétion d'un liquide lactescent, celui-ci ne ressemble en rien, comme nous l'avons déjà dit, au produit de la sécrétion lactée chez la femme ; la glande ne subit aucune modification de son appareil sécréteur qui reste rudimentaire. Ici aussi, nous devons conclure qu'il y a traumatisme répété, produisant une irritation locale capable d'amener une perturbation histologique et l'apparition d'un cancer.

Enfin, certains malades porteurs de cancers du sein, comme celui de M. Terrier (Obs. III, thèse de Chenet), celui aussi de Laforgue étaient sujets à des flux hémorroïdaires apparaissant à intervalles réguliers ; on a voulu voir dans ces hémorragies revenant périodiquement une sorte de flux comparable au flux menstruel de la femme, et par cette parenté expliquer l'apparition de certains cancers du sein chez l'homme. Théorie séduisante encore, mais n'est-il pas plus logique de penser que ces phénomènes congestifs sont des manifestations diathésiques et de mettre l'apparition de ces tumeurs sur le compte de l'arthritisme.

Nous venons de parler de diathèse ; à ce sujet, il nous est permis de nous demander quel rôle joue l'hérédité dans l'apparition du cancer du sein chez l'homme. Si l'on s'en rapporte aux observations recueillies jusqu'ici, on voit que ce facteur est rarement incriminé. Poirier, dans ses 60 observations, ne l'a rencontré que trois fois ; il est vrai, comme il le dit lui-même, que celles-ci sont le plus souvent muettes à ce sujet

et portent le cachet d'une profonde négligence dans la recherche des antécédents pathologiques.

En étudiant la gynécomastie, nous avons dit qu'à notre avis le traumatisme devait, plus que l'hypertrophie mammaire, être rendu responsable de l'apparition du cancer du sein chez l'homme. Cette cause est souvent notée chez l'homme, mais tandis que les femmes se plaignent le plus souvent d'avoir reçu un coup violent sur la mamelle, les hommes accusent au contraire des traumatismes légers mais répétés. Parmi ceux-ci, notons l'habitude de se frapper le sein, d'appuyer un outil sur la poitrine en travaillant (le malade d'Imbert, qui avait de gros seins, mettait sa montre dans la poche supérieure de son gilet depuis fort longtemps), le frottement habituel d'une bretelle a été aussi invoqué. Il n'en est pas toujours ainsi cependant, et les malades rapportent quelquefois qu'ils ont reçu un traumatisme violent sur la poitrine : tel celui de Chenet qui avait reçu à quelque temps de distance un coup de timon et un coup de corne de bœuf sur le sein qui devait devenir cancéreux.

Quelle que soit la variété des traumatismes à laquelle on ait affaire, on est obligé, en raison même de sa fréquence, de lui reconnaître une valeur étiologique importante.

Dans quelques cas, le cancer du sein a été attribué à l'irritation locale ; il ne s'agit plus alors de traumatismes, mais de lésions de voisinage pouvant se propager à la glande. Chez un malade de Williams, par exemple, le cancer succéda à un eczéma du mamelon. Il en fut ainsi chez le malade de Thorens, dont on lira plus loin l'observation.

Il peut aussi se développer au niveau de la région mammaire, moins rarement il est vrai que chez la femme, des lymphangites et des abcès. Ces inflammations pourraient peut-être agir aussi comme causes prédisposantes.

La plupart des auteurs se sont attachés à établir l'âge

moyen auquel apparaît le cancer du sein chez l'homme ; pour Williams, il surviendrait à 50 ans chez l'homme et seulement à 48 chez la femme ; voici le tableau portant sur 58 cas que donne Poirier :

De 20 à 30 ans................	1 cas
De 30 à 40 ans................	7 cas
De 40 à 50 ans................	15 cas
De 50 à 60 ans................	16 cas
De 60 à 70 ans................	15 cas
De 80 à 90 ans................	1 cas

Fiedler, qui a compulsé la statistique de Schuchardt avec les 38 observations de Strassmann, les 11 cas recueillis dans la clinique chirurgicale de Gœttingue, par Bolhagen, donne les chiffres suivants portant sur 212 cas de cancer du sein de l'homme :

2 âgés de moins de 20 ans
9 âgés de moins de 20-30 ans
20 âgés de moins de 30-40 ans
54 âgés de moins de 40-50 ans
59 âgés de moins de 50-60 ans
50 âgés de moins de 60-70 ans
16 âgés de moins de 70-80 ans
2 après 80 ans

Straüssmann, après avoir ainsi composé ses tableaux, a cherché l'âge moyen correspondant au maximum du développement du cancer du sein chez l'homme, et il s'est arrêté au chiffre 51,71. Mais une telle façon de procéder nous paraît entachée d'erreur. Pour avoir une moyenne plus exacte, il faudrait tenir compte du nombre des individus vivants à chaque époque : aussi serait-il plus exact peut-être de dire que les cancers du sein chez l'homme sont surtout nombreux de 40 à 70 ans, mais que la fréquence du cancer paraît augmen-

ter à mesure que l'individu avance en âge. Deux cancers du sein après 80 ans constituent en effet une moyenne assez élevée, vu le nombre restreint d'hommes qui arrivent à cet âge.

On s'est demandé lequel des deux seins était le plus souvent atteint. Horteloup, sur 30 observations, a trouvé 17 cancers du sein gauche. Poirier l'a noté 23 fois à gauche, 13 fois à droite. Williams, au contraire, le trouve 38 fois à droite sur 71 observations. Imbert note 48 cancers du sein gauche et 64 du sein droit. Les statistiques des auteurs ne présentent donc pas de différences bien sensibles et nous permettent de conclure que les deux seins sont indifféremment atteints.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Après avoir étudié les causes susceptibles de produire le cancer du sein chez l'homme, nous allons donner quelques renseignements sur la nature histologique de ces tumeurs, sur leurs variétés et sur leur fréquence respective.

On ne peut nier l'existence de cancroïdes de la peau, se propageant par la suite à la glande mammaire ; mais c'est là un processus très rare. Horteloup en rapporte un cas où Cornil affirme : « que le point de départ avait lieu dans le derme comme un cancroïde né profondément aux dépens des glandes de la peau qui recouvrent la région mammaire, et que la glande elle-même avait participé à sa formation. »

Mais, le plus souvent, le cancer du sein chez l'homme a son origine soit dans les éléments glandulaires proprement dits, soit, beaucoup plus rarement, dans le tissu conjonctif. Envisagé de cette façon, le cancer du sein se présente à nous sous trois formes : épithélioma, carcinome et sarcome.

Nous employons encore cette division en carcinomes et épithéliomes, malgré l'identité reconnue de ces tumeurs, puisque le carcinome n'est plus qu'une variété d'épithéliome : l'épithéliome infiltré. Les deux néoplasmes se rapprochent en effet par une origine commune : l'origine épithéliale. De plus, comme le fait remarquer Brault, leur structure n'est pas tellement différente. La disposition alvéolaire n'est pas carac-

téristique du carcinome : tandis que, dans certaines de ces tumeurs, les alvéoles peuvent se réduire à de simples fentes, où les cellules s'alignent sur un seul rang, on rencontre des épithéliomes ayant la structure alvéolaire, témoins ceux de la muqueuse gastrique. Il est donc établi qu'épithéliome et carcinome sont l'expression d'un même processus, mais à des phases différentes de son évolution ; néanmoins, on ne peut nier qu'il y ait entre ces formes des différences marquées dans l'allure clinique, c'est pourquoi nous les étudierons séparément.

L'épithélioma se rencontre assez fréquemment chez l'homme. Poirier en rapporte quatre cas dans sa thèse. Il peut se présenter sous diverses formes histologiques, plus ou moins éloignées du type primitif. M. Imbert, de Montpellier, a insisté sur ses diverses modalités, et il rapporte en détail un de ces cas métatypiques, prêts à rompre leur enveloppe conjonctive, l'ayant parfois rompue, et sur le point de se diffuser dans le tissu périphérique.

Les faits de ce genre sont de bons exemples d'épithéliomas sur le point de se transformer en épithéliomas diffus, en véritables carcinomes, et montrent que, contrairement à l'opinion de Wirschow, qui assignait au carcinome une origine conjonctive, on doit admettre une origine uniquement épithéliale à ces tumeurs malignes.

On rencontre cependant dans l'épithélioma du sein chez l'homme une forme relativement plus fréquente que chez la femme, c'est l'épithélioma intra-canaliculaire. A cela, Williams trouve une explication : « Dans le sein mâle, dit-il, ce sont les conduits qui prédominent, tandis que les acinis sont incomplètement développés. »

Cette théorie est séduisante parce qu'elle s'appuie sur des données rationnelles ; mais, malgré la fréquence relative des observations relatant cette forme de cancer chez l'homme, des

recherches nouvelles sont nécessaires pour établir l'opinion de Williams sur des bases solides.

Le carcinome ou épithélioma diffus est des tumeurs du sein de l'homme celle qu'on rencontre le plus fréquemment. Williams l'a noté 17 fois sur 26 examens histologiques. Laforgue, sur les 34 cas réunis dans sa thèse, en rapporte 25 de carcinomes. Ce qui représente une proportion encore plus forte que celle de Williams.

La très grande majorité des carcinomes sont des cancers fibreux, à évolution lente, c'est-à-dire des cancers dans leur forme relativement bénigne. Vidal, de Cassis, avait dit que le cancer du sein chez l'homme se développait toujours sous forme de squirrhe. Pour être la plus fréquente, cette variété n'est pas cependant la seule rencontrée.

Poirier a pu réunir cinq observations de carcinome encéphaloïde, empruntées à Roux, Charles Garnier, Duguet, Liston et Perkins. Williams en a réuni trois autres et Imbert une. L'affection se présente d'ailleurs chez l'homme avec les mêmes caractères de volume, de mollesse qu'on rencontre chez la femme. Chenet, de son côté, rapporte deux observations de cancer mélanique, l'une personnelle, l'autre empruntée à Marcano (Société anat., décembre 1874).

Le sarcome enfin se rencontre plus rarement que les deux variétés précédentes. Il a chez l'homme ses caractères habituels, sa malignité variable, suivant qu'il appartient à un type se rapprochant plus ou moins du type embryonnaire ; mais, en général, il est d'une bénignité plus grande que les autres tumeurs.

Comme dans toute affection néoplasique, il y a dans le cancer du sein chez l'homme retentissement sur l'appareil ganglionnaire qui commande la région atteinte. Ici ce sont les ganglions axillaires qui subissent la dégénérescence cancéreuse. Cette adénopathie, fréquente dans le carcinome, s'ob-

serve plus rarement dans les cas d'épithélioma et de sarcome.

On reconnaît assez souvent des traînées dues aux vaisseaux lymphatiques réunissant la tumeur à la masse ganglionnaire. Les ganglions du cou peuvent aussi s'hypertrophier et amener des compressions nerveuses et vasculaires. Enfin, la barrière ganglionnaire peut être forcée à son tour, surtout dans les cas de récidive, et des embolies vont alors porter au loin l'infection cancéreuse. Nous assistons à la phase de généralisation qui frappe, par ordre de fréquence, la plèvre, le poumon, le foie, les os, le rein, la moelle.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE — MARCHE — DURÉE

A son début, et pendant une certaine partie de son évolution, le cancer du sein de l'homme passe souvent inaperçu. Dans le plus grand nombre des cas, le malade est amené par hasard à découvrir l'existence de sa tumeur. Aussi est-il incapable de nous renseigner sur la date exacte de l'apparition du néoplasme. Ce mode de début insidieux, n'est cependant pas le seul que signalent les auteurs. Quelquefois ce sont des douleurs, des picotements se produisant au niveau d'un sein soit spontanément soit à l'occasion de certains mouvements, qui constituent les symptômes initiaux de la tumeur. Cette douleur du début est signalée par Straussmann ; Horteloup l'estime fort rare ; Poirier pense qu'elle existe dans la moitié des cas de cancer ; mais à son avis elle survient surtout au cours du développement. Dans un cas de Tillaux, elle était si vive qu'elle décida seule le malade à se faire opérer. Enfin, chez certains cancéreux, elle ne survient à aucun moment de leur affection : témoin celui qui fait le sujet de notre observation personnelle.

Un écoulement sanieux ou séro-purulent se produisant au niveau du mamelon, peut être le premier symptôme appréciable de l'affection. Le malade remarque que sa chemise est tachée, il en recherche la cause, et constate alors seulement l'existence d'une tumeur au niveau du sein. Enfin quel-

quefois, mais beaucoup rarement, le cancer débute par une ulcération du mamelon.

Tandis que certains auteurs comparent le volume du cancer du sein chez l'homme à une amande, une noisette, une noix, d'autres lui assignent celui des deux poings ou d'une tête de fœtus. Ces opinions extrêmes montrent que son volume est énormément variable. En règle générale il est moindre chez l'homme que chez la femme, et n'a pas dans ses dimensions, l'évolution progressive qu'il a chez cette dernière. Poirier a insisté sur ce point, que chez l'homme le cancer du sein passait par deux phases bien distinctes : une première pendant laquelle il reste stationnaire et de volume restreint ; une seconde où son volume augmente avec une grande rapidité.

Cette transformation que nous observons en clinique, concorde bien avec les données de l'anatomie pathologique. Celle-ci nous apprend, en effet, que cette brusque augmentation de volume coïncide avec la diffusion épithéliale dans les travées conjonctives. Quelquefois aussi on observe un phénomène inverse : une tumeur de volume considérable s'affaisse spontanément et sans cause apparente. Ici encore, nous devons pour expliquer cette modification morphologique, faire appel aux enseignements de l'anatomie pathologique. Le cancer du sein peut, en certains points, subir la dégénérescence kystique. Les kystes ainsi formés augmentent progressivement et contribuent à donner à la tumeur un certain volume ; mais ils peuvent finir par se rompre, et celle-ci s'affaisse de ce fait : il y a eu diffusion du liquide dans les tissus voisins. Ajoutons que ces productions kystiques amènent parfois des erreurs de diagnostic.

Un élément de diagnostic important dans le cancer du sein chez la femme, est donné par les rapports de la tumeur avec les tissus qui l'environnent. Les mêmes signes se rencon-

trent chez l'homme, mais avec quelques caractères particuliers. Tout d'abord le néoplasme n'a que peu de tendance à contracter des adhérences avec les plans sous-jacents. Dans la plupart des observations nous voyons que la tumeur est mobile sur le plan musculo-costal, et lorsqu'elle lui adhère, il s'agit presque toujours de vieux cancers ulcérés, survenus par récidive, et dont l'ablation était presque toujours impossible.

Un autre symptôme des tumeurs du sein, commun à l'homme et à la femme, est l'envahissement par le processus néoplasique de la peau qui recouvre la glande. Tous les auteurs insistent sur l'aspect *capitonné* ou bien *peau d'orange* que la peau affecte au niveau de la tumeur. Tous nous enseignent à reconnaître ce caractère, en saisissant la peau entre le pouce et l'index et en essayant de la plisser. Au point culminant de la tumeur, et souvent sur une grande partie de sa surface, ce plissement ne peut être obtenu : la peau est fixée par des travées au néoplasme, et lui adhère intimement. Ce symptôme apparaît chez l'homme de très bonne heure, tandis que chez la femme il est plus tardif à se manifester. Cela tient sans doute à la constitution anatomique différente de leur glande mammaire. Tandis que chez l'homme, à part de rares exceptions, une mince couche de tissu cellulaire sépare la glande de la peau, chez la femme au contraire les canaux excréteurs et les acinis nagent dans une véritable atmosphère cellulo-graisseuse. Le mamelon, à son tour, est fixé à la tumeur, et peut même être rétracté. Cette rétraction n'est pas un symptôme constant ; Horteloup ne l'a notée que trois fois : Poirier pense qu'on la rencontre dans la moitié des cas : c'est aussi notre opinion. Chez la femme, en effet, la rétraction du mamelon ne s'observe en général que dans la forme squirrheuse du cancer. Or, comme nous l'avons vu au chapitre « anatomie pathologique », le squirrhe est la tumeur maligne le plus sou-

vent rencontrée au niveau du sein de l'homme ; pourquoi chez celui-ci comme chez la femme n'aurait-il pas comme corollaire la rétraction du mamelon. Là ne se bornent pas les modifications de la peau, qui peut aussi être sillonnée par de grosses veines variqueuses, symptôme rare sans doute, puisque Horteloup avoue ne l'avoir rencontré que deux fois.

Au début de ce chapitre, nous avons signalé l'ulcération comme étant quelquefois un des symptômes prémonitoires des tumeurs du sein chez l'homme. En règle générale elle survient plutôt aux dernières phases de l'évolution de la tumeur. On conçoit en effet que lorsque la peau amincie, tendue par la tumeur, envahie à son tour par le processus cancéreux, se trouve en butte aux frottements, aux traumatismes de toutes sortes, elle a toutes chances d'être désagrégée. Consécutivement apparaît un ulcère à bords indurés, à fond sale, donnant lieu à un faible écoulement de liquide fétide et ichoreux, ayant en un mot tous les caractères de l'ulcère cancéreux. Il s'étend en surface ou en profondeur, dans ce dernier cas, il peut envahir le grand pectoral dont le corps musculaire se trouve presque totalement détruit. Autour de cet ulcère il peut en outre se former d'énormes champignons charnus, fongus rougeâtre, saignant au moindre conctact.

L'adénite axillaire, chez l'homme comme chez la femme, accompagne fréquemment le cancer du sein. Chez le premier comme chez la seconde, l'évolution des ganglions se fait sourdement. L'adénopathie peut ne pas être toujours appréciable. En effet, de ce que nous ne rencontrons pas dans l'aisselle des ganglions tuméfiés, soulevant les téguments, il ne faut pas en conclure que le système lymphatique ne participe pas à l'infection cancéreuse. Nous n'en voulons pour preuve que certains faits : le malade de Thorens par exemple. Cet auteur eut à deux reprises l'occasion d'enlever deux cancers

du sein à un malade, chez lequel il ne put trouver des ganglions axillaires.

Or il survint une deuxième récidive, qui se fit précisément dans les ganglions de l'aisselle, preuve évidente que ceux-ci avaient subi la dégénérescence néoplasique, sans qu'elle fût appréciable à l'examen. De leur côté, Schuchardt et Second, ayant chacun de leur côté enlevé en même temps que le sein des ganglions qui leur paraissaient macroscopiquement sains, les examinèrent au microscope et trouvèrent une dégénérescence cancéreuse bien nette. Dans d'autres cas, au contraire, l'adénopathie peut être considérable comme chez la femme.

Travers a publié un cas de cancer du sein chez l'homme avec adénite si considérable que le malade devait tenir son bras à angle droit avec le corps. Duplay signale enfin un cas d'hypertrophie ganglionnaire presque aussi considérable. Horteloup citant un cas analogue observé dans le service du professeur Lannelongue, pense que le volume des ganglions est en rapport avec la durée de la tumeur du sein.

Comme chez la femme enfin, on peut reconnaître le trajet des lymphatiques aux indurations qui se trouvent sur leur parcours.

Poirier signale dans une de ses observations trois gros cordons qui de la tumeur allaient se perdre dans les ganglions de l'aisselle.

A quelle époque apparaît l'adénite axillaire ? Pour répondre à cette question, nous nous bornerons à citer l'opinion d'Horteloup. Pour cet auteur, elle ne semble pas forcément correspondre avec les périodes d'ulcération.

Sur les vingt et un malades chez lesquels il a noté l'engorgement des ganglions il y en avait onze dont la tumeur n'était pas arrivée à la période d'ulcération de même que sur vingt-

huit ulcères cancéreux, il y en avait neuf qui ne s'accompagnaient pas d'adénite axillaire.

En étudiant l'étiologie nous avons vu que le cancer du sein pouvait passer longtemps inaperçu des malades eux-mêmes. C'est dire combien peu il doit à ce moment retentir sur l'état général. Par là il diffère essentiellement du cancer du sein chez la femme. Tandis que chez cette dernière, l'invasion par les vaisseaux lymphatiques se fait de bonne heure, que les douleurs elles aussi sont fort précoces et que la cachexie fait de rapides progrès, chez l'homme, au contraire, l'état général se maintient bon. Les malades qui, dans la majeure partie des cas ne souffrent pas, ne sont pas amaigris, n'offrent pas de symptômes de généralisation et ne présentent pas la teinte jaune paille symptomatique de la cachexie cancéreuse. Le tableau, il est vrai, ne se présente pas toujours sous un jour aussi favorable. Comme nous le verrons en étudiant le pronostic et les résultats thérapeutiques, la marche du cancer est fatale pour beaucoup de malades ; mais il s'agit alors d'individus porteurs de tumeurs anciennes ulcérées, constituées par des récidives et s'acompagnant de métastases cancéreuses au niveau des autres organes (humérus, clavicule, côtes, plèvre, foie, rein, et même colonne vertébrale). Poirier rapporte dix observations où l'état général était si altéré que l'intervention ne peut être tentée : cet auteur en arrive à conclure que la cachexie cancéreuse n'est point dans ces cas consécutive au cancer du sein lui-même, mais aux localisations secondaires. Cette opinion, malgré la grande part de vérité qu'elle contient, ne peut être considérée comme absolue : il ne faut pas oublier en effet, que la cachexie a été observée alors qu'aucun autre symptôme ne faisait supposer qu'il y ait eu greffe cancéreuse sur un autre organe.

Marche

Nous avons déjà insisté, en nous appuyant sur l'opinion de Poirier, sur l'évolution ordinaire de la presque généralité des cancers du sein chez l'homme. Ces tumeurs passent ordinairement par deux phases. Une première, où la marche est très lente et presque insensible ; une seconde où elle s'accélère brusquement et peut, en 6 ou 8 mois, aboutir à la généralisation et à la cachexie. Pour donner une idée de l'indolence qu'affecte à son début le cancer de la mamelle chez l'homme, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire le tableau suivant de Williams.

Cet auteur y consigne le temps qui s'est écoulé entre la première manifestation de la tumeur et le premier examen chirurgical. Avant de se faire examiner les malades ont attendu :

6 mois et moins..........	dans	7 cas
De 6 à 18 mois............	»	29 »
De 18 à 24 mois............	»	7 »
De 24 à 30 mois............	»	12 »
De 36 à 42 mois............	»	11 »
De 42 à 48 mois............	»	1 »
De 48 à 54 mois............	»	10 »
De 60 à 84 mois............	»	5 »
104 mois		

Il est probable que dans ces différents cas, les symptômes étaient assez peu inquiétants, les douleurs rares, le volume de la tumeur restreint, pour justifier l'indifférence des malades. Du reste, comme nous l'avons fait remarquer en parlant du volume du cancer du sein chez l'homme, cette phase d'in-

dolence peut être excessivement longue, puisque certains malades ont avoué être porteurs de leur tumeur depuis 10 et 15 ans. Singulier contraste avec la marche du cancer du sein chez la femme. Chez cette dernière, en effet, cette phase d'indifférence pendant laquelle la tumeur reste au sein de la glande mammaire, sans dépasser ses limites, sans agir sur les tissus voisins comme une tumeur de bonne nature, n'existe pas. Dès que la tumeur est découverte, on lui trouve des connexions plus ou moins marquées avec les parties profondes et la peau. Les douleurs sont précoces, l'adénite survient de bonne heure, et les troubles circulatoires du membre supérieur s'observent fréquemment tandis qu'ils sont l'exception chez l'homme. Aussi l'état général s'altère rapidement, la cachexie symptomatique de la généralisation et de l'altération globulaire survient rapidement, et se termine ordinairement par la mort au bout de 25 à 30 mois.

Chez l'homme, quoique plus tardive, la terminaison n'en est pas moins fatale. A ce propos, il nous semble intéressant de signaler le fait suivant : Chez la femme la tumeur a d'emblée des allures malignes et met, comme nous l'avons dit, en laissant de côté les cas extrêmes où nous pouvons avoir des dissemblances excessives, une moyenne de deux ans pour amener la mort des malades ; chez l'homme, la symptomatologie du néoplasme ne devient inquiétante que tardivement. Mais du jour où cette tumeur bénigne en apparence, s'hypertrophie, s'ulcère, infiltre le tissu voisin, elle semble manifester son action nocive avec d'autant plus d'intensité qu'elle est restée plus longtemps indolente, et nous voyons la mort survenir en moyenne de 6 à 8 mois après cette transformation.

Durée

Ce qui précède nous dispense d'insister sur la durée de l'affection. Il serait difficile de lui assigner des limites précises, le malade ne sachant même pas d'une façon exacte le moment du début. Poirier lui assigne une durée moyenne de 3 ans et demi, mais il se hâte lui-même de mettre son chiffre en doute et il incline pour une durée beaucoup plus longue. En effet, dans presque tous les cas reconnus inopérables, nous voyons des tumeurs remontant à cinq, dix ans et plus encore.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

La nature maligne du cancer du sein chez l'homme commande un diagnostic précoce. Il ne peut malheureusement en être toujours ainsi ; les malades ne viennent, en effet, consulter qu'à une période avancée de leur maladie. La tumeur présente alors des symptômes très nets de malignité, et l'intervention, si elle est encore possible, a bien des chances de ne pas entraver la marche du mal. Mais lorsqu'on a affaire à une tumeur au début, où l'ablation est susceptible d'être suivie de succès, le diagnostic présente, en revanche, à la fois et plus d'importance et plus de difficulté. Il importe donc de préciser si possible les caractères qui permettent de se prononcer de bonne heure sur la nature du mal et de lui appliquer un traitement rationnel.

Nous avons à peine besoin d'insister sur les affections aiguës de la mamelle : les mastites proprement dites. Chez le nouveau-né, il ne saurait être question de néoplasme. A la puberté, la mastite, par son évolution aiguë ou subaiguë, sa marche rapide et sa résolution à brève échéance, ne saurait prêter à confusion avec un processus malin au niveau de l'organe ; néanmoins, notons pour la rareté du fait deux cas authentiques de cancer à cette époque de la vie génitale, cités par Fiedler.

Enfin, les effets du traumatisme que nous voyons invoqués

dans l'étiologie des néoplasmes sont essentiellement immédiats dans la production des mastites, et si ce traumatisme peut être incriminé à juste titre dans l'évolution du cancer, il faut reconnaître que, dans ces cas, son retentissement se fait attendre longtemps.

Nous passerons rapidement sur les abcès froids costaux, reconnaissables à leur fluctuation et à leur lente fixation ; sur les kystes hydatiques de la mamelle, qui sont d'ailleurs fort rares, et pour lesquels la ponction nous donnera de précieux renseignements.

Nous insisterons un peu plus sur les lésions tuberculeuses de la mamelle. Des tubercules peuvent, au niveau de la glande constituer soit une tumeur de volume restreint, dure, indolore et rappelant en tous points un cancer au début, soit une infiltration qui peut faire songer à un cancer en nappe, variété notée quelquefois chez l'homme. Un premier élément de diagnostic, est donné par la rareté chez l'homme de la tuberculose mammaire, rareté encore plus grande que celle du cancer. Delbet, sur 37 cas de tuberculose du sein, en relève seulement 2 cas chez l'homme. Mais c'est surtout l'évolution de l'adénite axillaire qui fixe l'opinion en pareil cas. Si l'adénopathie a précédé l'apparition de la tumeur, on a affaire à la tuberculose. De plus, l'aspect lui-même des ganglions donne de précieux renseignements. On ne rencontre pas, comme dans le cancer, un ou plusieurs ganglions durs, ne s'accompagnant pas de péri-adénite, mais, au contraire, un vaste empâtement de toute l'aisselle, où l'on peut reconnaître plus particulièrement deux ou trois ganglions volumineux ayant déjà subi un commencement de fonte purulente, adhérents entre eux et aux tissus périphériques. Il importera de rechercher avec soin ces caractères, qui ont une réelle importance, et de ne pas attacher trop de valeur au cordon qui, quelquefois, réunit la tumeur aux ganglions. Il n'est pas en effet pathognomonique

du cancer et se rencontre aussi dans la tuberculose. De plus, si comme nous l'avons fait remarquer un peu plus haut, les symptômes observés au niveau de la région mammaire, sont au début à peu près identiques dans le cancer et la tuberculose, il n'en est pas ainsi pendant toute l'évolution de ces affections. L'adhérence de la peau, qui survient de bonne heure dans le cancer, ne se produit au cours de la tuberculose qu'à sa période ultime ; mais alors le diagnostic sera établi par ailleurs ; la consistance de la tumeur, qui était ferme au début, est en effet ramollie, à ce moment on peut même sentir une fluctuation obscure, profonde, qui n'existe pas même dans les encéphaloïdes. Enfin, les antécédents personnels et familiaux, la recherche sur les autres parties du corps et dans les viscères, d'autres manifestations tuberculeuses pourront éclairer le diagnostic.

La syphilis de la mamelle est désignée dans l'ancienne pathologie sous le nom de cancer vérolique. Ceci nous avertit par avance d'une similitude clinique, partant d'une difficulté de diagnostic.

Les lésions spécifiques rencontrées dans le sein de l'homme sont de deux ordres différents : l'accident primitif ou chancre, l'accident tertiaire ou mastite diffuse ou gommeuse. Le chancre avec son ulcération, sa base indurée, pourrait être pris pour un néoplasme, mais son fond vernissé a une teinte tantôt rougeâtre, tantôt grisâtre, ce qui la distingue du fond terne inégal, excavé de l'ulcère cancéreux ; de plus, l'adénite axillaire suit de quelques jours l'apparition du chancre. Notons enfin que le chancre de la mamelle est extrêmement rare, ne peut se produire que par contact direct, et, la plupart du temps, est dû à la succion. Il ne faut donc pas omettre l'interrogatoire du malade dont les habitudes et les antécédents peuvent éclairer le diagnostic.

Les premières manifestations de la gomme syphilitique res

semblent fort à celles du cancer. Tous deux en effet débutent d'une façon insidieuse et indolore. Une première différence est constituée par la persistance assez prolongée de la mobilité de la tumeur dans les cas de gomme, tandis que dans le cancer la peau se fixe de bonne heure sur le néoplasme.

En outre, l'adénite survient rapidement dans la syphilis plus tardivement dans la carcinose. Enfin, nous avons déjà, au cours de ce travail, eu l'occasion de répéter que le volume du cancer restait longtemps stationnaire. La gomme, au contraire, abandonnée à elle-même, progresse et tend à se faire jour à l'extérieur ; à mesure qu'elle grossit, la peau devient adhérente, et à ce stade de son évolution, aucun signe objectif, si ce n'est son volume, ne permet de la différencier du cancer. Mais l'interrogatoire révèle que la tumeur avec tous ses symptômes : adhérences, adénite, remonte à une date peu éloignée, délai insuffisant pour permettre le développement d'une tumeur maligne. Enfin, les antécédents, la constatation d'autres manifestations tertiaires (gomme des bras ou des mollets), confirment le diagnostic. Du reste, il n'est pas impossible à un syphilitique d'avoir un cancer du sein ; en pareil cas, on devra d'emblée instituer le traitement anti-spécifique.

Restent les tumeurs bénignes du sein. En règle générale, elles sont moins fréquentes que les tumeurs malignes. (Billroth faisant la moyenne des cas de Berlin, Zurich, Vienne. trouve 18 p. 100 de tumeurs bénignes, et 83 p. 100 de tumeurs malignes). De plus, elles surviennent de bonne heure ; ordinairement une tumeur du sein survenant chez un individu ayant dépassé 40 ans, est une tumeur maligne.

Les galactocèles, les kystes dermoïdes, très rares chez la femme, n'ont pas été rencontrés dans le sein de l'homme : les fibromes, les adénomes s'observent quelquefois : ils ont un caractère commun, c'est l'écoulement de liquide par le mamelon. La mobilité, la lenteur de l'évolution, plaident en faveur

de ces tumeurs ; mais il ne faut pas oublier que ces signes ne sont pas pathognomoniques, et que le cancer peut, au début, présenter ces caractères. N'oublions pas aussi que ces tumeurs sont susceptibles de donner naissance à de véritables carcinomes, et qu'en pareil cas, il faudra, dans l'intérêt du malade, appliquer sans plus tarder le seul traitement approprié : le traitement chirurgical.

Un lipome enflammé peut aussi cliniquement faire croire à une tumeur maligne. Les antécédents et les résultats thérapeutiques fixeront le diagnostic.

Enfin, entre les tumeurs malignes que nous avons mentionnées au chapitre de l'anatomie pathologique, et qui, en clinique, constituent l'affection communément désignée sous le nom de cancer du sein, existe-t-il quelques caractères différentiels permettant d'établir à quelle variété on a affaire. Le sarcome sans adhérences et sans ulcération, à évolution plus lente, pourra quelquefois être diagnostiqué ; l'épithéliome et le carcinome seront plus difficiles à différencier, bien que l'écoulement par le mamelon appartienne surtout au premier.

Mais ce qu'il importera de rechercher, ce sont les lésions à distance qui permettront en même temps de poser un diagnostic et d'émettre le pronostic et l'indication opératoire.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT. — RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

Le diagnostic étant posé, quel sera le traitement à opposer aux tumeurs malignes du sein de l'homme. Il découle de ce que nous avons dit, à propos de la marche de l'affection, qu'il est urgent d'intervenir dès que la lésion est constatée. Un des caractères du cancer du sein chez l'homme est son peu de tendance à l'extension et à la généralisation pendant une longue partie de son évolution. Durant cette période, la tumeur reste petite, souvent indolore, la peau peut être normale, il n'existe pas d'adhérences avec les plans sous-jacents, l'adénopathie axillaire peut manquer, en un mot on a l'impression de se trouver en présence d'une tumeur bénigne. Malgré l'optimisme que semble impliquer ce tableau clinique, l'indication est d'opérer le plus tôt possible. Il faut, en effet, absolument renoncer aux cautérisations, aux topiques de tout genre employés autrefois en pareil cas, ils ne servent qu'à endormir la patience du malade et constituent une irritation locale capable de donner un coup de fouet à la tumeur.

Velpeau a bien écrit : « J'incline à croire que la destruction par les caustiques du cancer de la mamelle offre quelques chances de plus chez l'homme que chez la femme. » Mais comme le fait remarquer Horteloup, on ne trouve malheureusement pas les preuves sur lesquelles cet illustre chirurgien se basait pour soutenir cette opinion ; car il n'existe

pas une seule observation de guérison par les caustiques. Le même auteur signale en revanche le cas d'un malade qui, traité une première fois par une application de caustique de Vienne, vit sa tumeur récidiver et prendre un volume considérable ; la pâte arsenicale et des flèches de chlorure de zinc employées par la suite, eurent des résultats aussi malheureux.

L'extirpation, au contraire, pratiquée dans de mauvaises conditions cependant, donna d'excellents résultats, puisque six ans après le malade jouissait encore d'une santé parfaite. Nous ne parlerons que pour mémoire du traitement du cancer du sein chez l'homme par la radiographie. Ce moyen, en effet, n'a été employé que chez la femme et encore avec peu de succès.

L'ablation constituera donc le seul traitement à opposer au cancer du sein.

Le manuel opératoire ne présente rien de particulier, et reste le même que dans l'ablation du sein cancéreux chez la femme. Nous avons vu en étudiant la symptomatologie qu'il pouvait y avoir des lésions multiples : la glande mammaire, le peau, les ganglions de l'aisselle, les tissus sous-jacents seront pris successivement. Les moyens thérapeutiques devront être proportionnés à l'etendue de ces lésions. La première indication et l'essentielle est de ne point se montrer parcimonieux dans l'exérèse. Autrefois, lorsqu'il s'agissait d'ablation de sein cancéreux chez la femme, on conseillait d'inciser à un travers de doigt de la tumeur. Les récidives post-opératoires fréquentes, les examens histologiques ont montré qu'il y avait bien souvent envahissement non apparent des tissus voisins. Aussi est-on d'avis d'opérer *larga manu*. Ce qui se passe en surface se passe également au niveau des couches sous-jacentes à la tumeur. Aussi, dès que celle-ci est peu mobile sur le grand pectoral et que l'examen clinique ou les constatations faites au cours de l'intervention donnent

la preuve de l'envahissement du muscle, il faut exciser l'aponévrose, enlever une partie des fibres musculaires et sectionner, comme le conseille Heidenheim, les vaisseaux, non pas à la superficie, mais dans l'intérieur du muscle, attendu qu'au niveau de l'aponévrose ils sont accompagnés par des lymphatiques cancéreux.

Là ne doit pas se borner le rôle du chirurgien : il doit pratiquer systématiquement le curage de l'aisselle. Tous les auteurs ne partagent pas à ce sujet la même opinion.

Buttlin, qui s'oppose au curage de l'aisselle, donne à ce propos les chiffres suivants :

98 opérés sans curage, 19 guérisons ;
144 opérés avec curage, 11 guérisons ;

Duplay et Reclus contestent l'authenticité de ces chiffres et donnent comme donnant plus de garantie ceux de Kœnig. Ce dernier, sur 26 malades opérés, a pratiqué 13 fois le curage de parti-pris et a eu une moyenne de 46 pour cent de guérison ; tandis que dans les 13 cas où il s'en abstint, il n'eut que 23 pour cent de guérisons. Ces chiffres se passent de tout commentaire et constituent, à eux seuls, une indication opératoire ; mais ils ne se rapportent qu'à des cas de cancer du sein chez la femme. Chez l'homme, en raison même de la rareté de l'affection, les détails manquent à ce sujet, et nous n'avons pas trouvé de statistiques analogues à celles que nous donnons plus haut. Cependant les mêmes divergences, persistent et tandis que la majorité des chirurgiens explorent et vident l'aisselle nous voyons Sengennsse écrire à propos d'une récidive du cancer du sein chez l'homme qu'il avait opérée : « Nous nous sommes bornés à enlever la glande avec toute la peau qui la recouvrait, laissant l'aponévrose pectorale et ne pratiquant pas le curage de l'aisselle, deux choses

que nous faisons de parti-pris toutes les fois que nous enlevons une tumeur de la mamelle. »

Le traitement chirurgical que nous venons de préconiser ne pourra cependant pas être toujours opposé au cancer du sein. Si l'envahissement ganglionnaire, les métastases, l'extension des lésions, sont telles que le chirurgien ait l'impression de ne pouvoir enlever la totalité du mal, il devra s'abstenir et instituer un traitement général dont l'arsenic sera la base. Si les douleurs sont une cause de supplice de toutes les heures pour les malades, il aura recours aux calmants de toute nature, retardant le plus possible l'emploi de la morphine. Il évitera les frottements et les compressions et traitera antiseptiquement les ulcérations.

Ce traitement palliatif empêchera les complications secondaires et adoucira dans la mesure du possible la fin des malades voués à la cachexie et à une mort certaine.

Résultats. — Est-ce à dire que l'intervention donne toujours des résultats satisfaisants et que les récidives si fréquentes chez la femme ne se produisent pas ou du moins sont plus rares chez l'homme. C'est ce que nous allons rechercher, dans la seconde partie de ce chapitre, après avoir dit quelques mots des résultats opératoires immédiats. Ceux-ci doivent toujours être satisfaisants si les précautions d'aseptie et d'antiseptie ont été prises ; toutes les observations nous apprennent que dans la majeure partie des cas la réunion s'est faite par première intention. Elle ne paraît même pas entravée par la récidive quand celle-ci doit se produire de bonne heure. La récidive, en effet, ne survient que très rarement dans les jours qui suivent l'intervention. Dans les trente-sept observations mentionnées dans le tableau que nous donnons plus loin, nous ne la voyons qu'une seule fois survenir avant la cicatrisation complète. Mais les résultats éloignés sont loin

d'être aussi satisfaisants. Dans bien des cas, on est obligé de compter avec des récidives dont nous allons étudier brièvement le mécanisme, le siège, la nature et la fréquence.

Broca a divisé les récidives en deux catégories : récidives par repullulation, récidives par continuation. Pour cet auteur, dans les récidives par repullulation, il ne restait plus aucun germe local, le mal était absolument détruit : il s'est reproduit de toutes pièces. Dans les récidives par continuation, l'ablation avait été incomplète, on avait laissé des tissus malades, qui continuent à pulluler.

Cette division de Broca est uniquement basée sur des apparences microscopiques et ne peut plus être admise. Pour lui, la repullulation serait en somme l'apparition d'une nouvelle tumeur ; mais quelque importance qu'on puisse attribuer aux prédispositions personnelles, on est obligé de constater que les tumeurs se développant après l'ablation d'un premier cancer sont absolument liées à lui, ainsi que le prouve le plus souvent, l'identité des formes histologiques. Elles en sont les filles directes ou indirectes, soit qu'une partie de la tumeur n'ait pas été enlevée, soit qu'avant l'opération des embolies cellulaires aient déjà été se fixer au loin. Il n'y a donc que des récidives par continuation ; chez l'homme comme chez la femme, on les rencontre surtout soit sur la cicatrice, soit au voisinage de celle-ci, soit dans l'aisselle.

Les récidives sur la cicatrice sont les plus fréquentes. Il est probable qu'elles sont surtout dues à des greffes épithéliales se produisant au cours de l'opération. Les pinces qui ont servi à saisir le tissu néoplasique, peuvent, lorsqu'elles sont appliquées sur les tissus voisins les traumatiser, y inclure des cellules épithéliales qui proliféreront et seront le point de départ d'une tumeur nouvelle. Donitz, partant de ce principe, a pris l'habitude de ne point se servir pour saisir la peau de

pinces ayant été en contact avec la tumeur, et a vu ainsi les récidives sur la cicatrice diminuer de fréquence.

Les récidives peuvent se présenter aussi sous forme de nodules cancéreux, qui apparaissent dans le voisinage de la cicatrice. Ils constituent une sorte d'infiltration diffuse, due à de la lymphangite cancéreuse qui avait envahi la glande mammaire, et qui n'était pas appréciable. Ceci nous prouve que sur la peau comme dans les couches profondes, l'infiltration cancéreuse se produit toujours en dehors des limites apparentes. Les récidives dans l'aisselle s'observent aussi, mais plus rarement. Poirier en rapporte deux cas. Nous nous contenterons de rappeler ce que nous avons dit à propos du traitement : les ganglions de l'aisselle subissent de bonne heure la dégénérescence néoplasique ; mais ils peuvent être déjà infiltrés alors que leur volume n'est pas augmenté. Aussi, le chirurgien ne devra-t-il jamais omettre la toilette de l'aisselle. On a noté enfin des récidives se produisant sur le sein du côté opposé et au niveau des organes profonds, preuve évidente qu'il y avait déjà eu commencement de généralisation. Les tumeurs qui apparaissent ainsi après une première intervention appartiennent en général au même type histologique que la tumeur primitive. Cependant, il peut y avoir quelques différences de structure : ainsi Poirier cite deux cas de squirrhe qui récidivèrent sous forme d'encéphaloïde.

Quel est enfin le délai moyen au bout duquel se produisent les récidives, quelle est leur fréquence ? Tous les auteurs ont essayé d'assigner une date approximative à la récidive du cancer du sein chez la femme. Pour Schmidt, c'est de deux à six mois après l'ablation qu'elle survient. Pour Fink, la nouvelle tumeur se développe dans les quatre premiers mois qui suivent l'intervention, dans les six premiers pour Hildebrand. On voit donc que chez la femme, la durée moyenne de la guérison apparente n'excède pas six mois. Chez l'homme, les

récidives semblent moins fréquentes et plus lentes à se produire. Sur les trente-sept cas que nous avons recueillis, la date d'apparition des récidives post-opératoires est indiquée d'une façon assez précise dans vingt et un d'entre eux.

Dans 9 cas, elle apparut de 1 à 3 mois ;
— 4 cas, elle apparut à 6 mois ;
— 1 — — 8 —
— 1 — — 10 —
— 1 — — 12 —
— 3 — — 15 —
— 1 — — 18 —
— 2 — — 24 —

Donc, même à une date assez éloignée de l'intervention on n'est pas à l'abri des récidives. Il semble qu'à ce point de vue particulier, il y ait une différence bien marquée entre le cancer du sein de l'homme et celui de la femme. Chez cette dernière, en effet, on admet généralement que les récidives sont de plus en plus rares, à mesure qu'on s'éloigne de l'opération.

Wolkmann a même formulé la loi suivante : « Lorsqu'après l'opération un an entier s'est écoulé sans récidive, on est en droit d'espérer une guérison durable : après deux ans, cette guérison est probable, au bout de trois ans, elle devient presque certaine. » Le pronostic opératoire éloigné serait-il donc moins favorable chez l'homme? Nous ne le croyons pas et si ce qui est vrai dans la majeure partie des cas chez la femme ne l'est pas pour l'homme, cela tient aux raisons suivantes, que nous avons déjà énoncées, en étudiant la marche du cancer du sein dans les deux sexes.

Chez la femme, en effet, la tumeur a d'emblée des allures malignes et une tendance marquée à la généralisation. On conçoit que si l'ablation ne coïncide pas avec la phase initiale

de son évolution, la récidive surviendra presque immédiatement. La diffusion épithéliale est si active qu'elle met presque à coup sûr le chirurgien dans l'impossibilité d'enlever tout le mal. Les malades seules, opérées de très bonne heure, pourront ou être à jamais guéries ou ne voir survenir leur récidive que longtemps après l'intervention.

Chez l'homme au contraire, et nous avons insisté sur ce fait, bien qu'appartenant de par sa constitution histologique à la classe des tumeurs malignes, le cancer du sein passe au point de vue clinique par une première phase d'indifférence. Pendant celle-ci il y a bien diffusion néoplasique, puisque la peau est rapidement adhérente à la tumeur, mais le processus cancéreux jouit d'une torpidité particulière. On comprend que dans ces conditions si le bistouri n'a pas fait table rase de tous les éléments néoplasiques, ceux-ci mettront encore longtemps à manifester leur vitalité et à donner naissance à une nouvelle tumeur. De là cette fréquence des récidives tardives, qui surviennent d'après nos observations, dans une moyenne de 30 pour cent des cas.

Elles ne prouvent pas, du reste, que les résultats de l'intervention sont plus mauvais chez l'homme que chez la femme, mais bien au contraire que chez celui-là le cancer du sein constituant une affection moins grave que chez celle-ci, a plus de chances de céder à l'intervention ou du moins de ne récidiver que tardivement si le traitement n'a pas été curateur.

Les récidives sont-elles fréquentes, se produisent-elles aussi souvent chez l'homme que chez la femme ? Chez celle-ci leur fréquence fut d'abord excessive ainsi que le prouvent les chiffres suivants donnés par Robert lors d'une discussion à l'Académie de médecine :

Monro.	60 opérations.	60 récidives.
Mahyo	100	—	95	—
Mac-Farlane	118	—	118	—
Blandin	19	—	19	—
Lebert	34		21	—

Mais depuis que les chirurgiens se sont bien pénétrés de cette idée qu'ils devaient enlever la totalité du mal, les statistiques semblent nous permettre d'espérer en de meilleurs résultats. Nous n'en voulons pour preuve que le tableau suivant emprunté à Duplay et Reclus, portant sur des malades qui ont subi l'ablation du sein avec curage de l'aisselle.

NOMS DES AUTEURS	Nombre de cas	Malades guéris depuis plus de 3 ans		Malades guéris depuis plus de 2 ans	
		Nombre total	pour °/o	Nombre total	pour °/o
Wintwarter . . .	170	9	4,7	19	11,22
Henry.	149	13	9.0	15	10,0
Oldekop	196	25	11.7	27	13,7
Springel	131	15	11,0	21	16,0
Estlander	»	»	20.0	»	»
Banks	46	7	15,0	»	»
Hildebrand	102	23	22,5	30	29,4
H. Smid	93	20	21,5	28	26.4
J Rotter.	107	13	12.1	18	16,8
Fink	145	24	16,7	31	21.6
Gross	»	»	19.44	»	»
Cazin	102	15	14,7	»	»

Chez l'homme, les résultats éloignés sont diversement interprétés. Lebert estime que l'opération ne peut apporter qu'un secours palliatif : Verneuil est du même avis : Vidal de Cassis, plus optimiste, écrit en parlant du cancer de la ma-

melle chez l'homme : « que les opérations qu'il nécessite réussissent très bien et que dans le plus grand nombre de cas, il n'y a pas de récidive. » Pour Poirier, elles ne sont point rares ; il en a noté douze cas, dit-il. Dans sa thèse, Pigot en s'appuyant sur Williams, considère que chez l'homme, la récidive est presque aussi fréquente que chez la femme. Sur les 37 observations réunies dans notre tableau, trois malades revus trois mois après ne présentaient pas de symptômes de récidive. Ce délai est insuffisant pour que nous puissions en faire des guérisons. Mais en revanche, nous relevons l'observation de neuf malades qui, vus à des intervalles variant de un à trois ans, même cinq ans pour l'un d'eux, pourrait compter sur une guérison durable, soit une proportion de 30 pour cent. Cette moyenne est supérieure à celle concernant les interventions chez la femme.

Aux récidives s'applique le même traitement qu'à la tumeur primitive : les mêmes contre-indications persistent, mais les indications restent entières. A ce propos, signalons la possibilité de plusieurs récidives : dans ce cas, la terminaison est la cachexie aboutissant à une mort certaine. Mais quelquefois aussi la récidive est relativement bénigne : elle se fait sur place sans altérer l'état général et cède à l'intervention ; ceci s'observe surtout quand la première ablation a porté sur un cancer non ulcéré de volume restreint, c'est-à-dire un cancer à sa période latente.

Pour nous résumer, nous dirons que chez l'homme les récidives du cancer du sein sont peut-être plus fréquentes que ne semblent le penser Horteloup et Poirier. Elles se produisent, en effet, dans la proportion de 60 pour cent des cas opérés. Elles ne sont pas fatales, elles sont plus tardives et moins fréquentes que chez la femme et sont ordinairement moins graves que chez cette dernière.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Abandonné à lui-même, le cancer du sein de l'homme a une marche fatale et se termine inévitablement par la mort. Le pronostic est donc franchement mauvais, mais il est cependant amendé par le traitement, puisqu'on a noté de nombreux cas de guérisons post-opératoires. Il ne faut pas oublier que l'âge des malades, l'extension des lésions, la nature de la tumeur sont autant de facteurs capables de modifier les résultats thérapeutiques.

Il est permis de se demander jusqu'à quel point le pronostic est meilleur chez l'homme que chez la femme. Velpeau pense que l'extirpation à quelques chances de plus chez l'homme que chez la femme ; pour Birkett, le carcinome n'a pas une forme aussi active chez l'homme que chez la femme, Liston ne note point de différence, Horteloup semble penser que le cancer du sein est un peu moins grave chez l'homme que chez la femme, parce que, dit-il, si toutes les tumeurs malignes peuvent se développer au niveau du sein de l'homme, les formes les moins mauvaises sont encore les plus fréquentes. Poirier s'associe en l'accentuant toutefois à cette manière de voir. Après ce que nous avons dit précédemment, nous ne pouvons que nous ranger à cette opinion. En reconnaissant avec les auteurs la malignité moindre du cancer chez l'homme, nous pensons aussi que le traitement y offre plus de chances de

succès. La tumeur a moins de tendance à l'extension ; elle siège dans une région facilement accessible, elle revêt des formes moins mauvaises que chez la femme, et, évoluant plus lentement, elle laisse à l'opération plus de temps, partant plus de chances de réussite.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

Cancer du sein récidivé et opéré deux ans après la première intervention

Observation Première

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur-agrégé Soubeyran)

A... François, instituteur, 42 ans, de Saint-André-de-Roquelongues (Aude).

Entre le 7 septembre 1904 pour récidive d'une tumeur du sein, dans le service de M. le professeur Tédenat, suppléé par M. Soubeyran.

En mai 1902, le malade constata au-dessous du mamelon droit l'existence d'une tumeur atteignant le volume d'une noisette. Cette tumeur indolore grossit peu à peu jusqu'à atteindre le volume d'un œuf de poule. En septembre 1902, le malade se décida à se faire opérer. L'ablation fut pratiquée par un chirurgien de Carcassonne, qui, d'après les renseignements fournis par A... F., se contenta d'extirper la tumeur sans toucher à l'aisselle.

Il y a environ six mois, survint une nouvelle nodosité qui s'était reformée un peu au-dessus de la tumeur primitive. Actuellement l'état général est bon. A l'examen de la région, on

constate du côté droit, sur le prolongement supérieur de l'incision primitive, un noyau dur, mobile sur les plans sous-jacents, et atteignant le volume d'une noix. La peau qui recouvre la tumeur, lui adhère intimément et présente le capitonnage caractéristique des tumeurs malignes du sein. Dans l'aisselle, on trouve un volumineux paquet ganglionnaire. On ne constate pas d'écoulement par le mamelon, le malade n'accuse point de douleur. L'opération est pratiquée le 9 septembre 1904 par M. le professeur agrégé Soubeyran.

La tumeur est enlevée par une large incision d'une seule tenue, jusque dans l'aisselle. Il n'y a pas d'adhérences avec le muscle grand pectoral qu'on respecte. En pratiquant l'évidement de l'aisselle, on trouve un nodule cancéreux fortement adhérent à la veine axillaire, et qu'il est impossible de disséquer. On est obligé d'exciser veine et ganglion entre deux ligatures, sur une longueur d'environ 6 centimètres. La plaie est asséchée avec de la gaze iodoformée ; suture aux crins de Florence, draînage par l'aisselle.

Suites opératoires. — 14 septembre, pansement, réunion *per primam* ; en enlève le drain et trois fils.

21 septembre. — Le malade quitte l'hôpital, la plaie est complètement fermée, pas de troubles circulatoires au niveau du membre.

Le 28 décembre de la même année, c'est-à-dire trois mois après l'opération, nous avons eu des nouvelles du malade par son fils. Ce dernier nous a appris qu'il n'y avait pas de récidive et que l'état général restait bon.

Examen de la tumeur.

Examen macroscopique. — Tumeur dure grosse comme une noix. A la section, on constate l'existence d'un tissu friable de coloration jaunâtre, circonscrit par des bandes de tissu fibreux.

Examen histologique, dû à l'obligeance de M. le professeur

Bosc. — On constate une prolifération abondante d'éléments épithéliaux, atypiques, aux dépens des éléments glandulaires, avec réaction considérable du tissu conjonctif. Nous avons affaire à un carcinome du sein à tendance squirrheuse.

Observation II

(M. L. Beurnier

Le malade que je vous présente est un homme de 45 ans, atteint d'un cancer du sein droit, enlevé le 1er décembre 1897 et examiné histologiquement. Au bout de trois mois, production d'une tumeur identique au sein gauche. Ablation, guérison complète depuis un an. Il n'y avait pas de ganglions profonds de l'aisselle, mais seulement deux ganglions au niveau de la deuxième et troisième côte.

Observation III

(Cooke. — *The Lancet*. 1858, vol. I. p. 411)

Homme de 46 ans, atteint d'un cancer du sein depuis quatre ans, qui augmente, devient très douloureux. Opéré deux ans après. Depuis quelques mois, apparition de nodules au-dessus et au-dessous de la cicatrice, ulcération de la peau, santé générale affaiblie ; il présente au sein malade quelques tubercules isolés, aplatis, ulcérés, qui sont douloureux, mais que soulage la solution plombique. Respiration courte et pénible avec douleur pleurétique. Teinte jaune cachectique.

Le deuxième cas est un homme de 64 ans qui a un cancer du sein gauche depuis six ans. Opéré il y a six mois : mais

depuis peu, quelques nodules ont reparu le long de la cicatrice : prurit violent au niveau des nodules qui augmentent progressivement de volume. On remarque un petit signe bleu sur le côté gauche de la lèvre inférieure de la cicatrice, détail souvent remarqué dans les cancers.

Observation IV

(*The Lancet*. Novembre 1875)

M. Maunder présente à la Pathological Society of London un cas de cancer du sein chez l'homme enlevé sur un malade de 42 ans. Cette tumeur, qui avait débuté par une tumeur et une douleur du mamelon gauche, offre les caractères d'un squirrhe ; mais l'examen histologique n'a pas été fait. Le malade opéré il y a dix-huit mois n'a pas la moindre apparence de récidive. Une glande tuméfiée existait dans l'aisselle au moment de l'opération.

Observation V

(Annali universali. Nov. 1878)

Cancer fibreux, ou squirrhe à forme atrophique

Comoglio François, 60 ans : le malade n'a jamais souffert que d'un eczéma dont il porte encore les traces. Il y a quatre ans, apparition d'une petite tumeur au mamelon, longtemps stationnaire. Depuis quatre à cinq mois, sans cause apparente, elle augmenta de volume et devint douloureuse ; au premier jour de mai 1876, la tumeur a le volume d'un œuf ordinaire, le mamelon est rétracté, la peau adhérente et ru-

gueuse, mais non ulcérée. Opération le 8 mai. Réunion par première intention. L'examen histologique révèle un cancer fibreux ou squirrhe. Guérison temporaire. Après quelques mois de rémission, la tumeur recommence à pulluler au centre de la cicatrice. Adénopathie axillaire. La tumeur ne tarde pas à s'ulcérer. Deuxième opération le 1er décembre de la même année. Cicatrisation plus lente mais bientôt réapparition des douleurs lancinantes et la cachexie cancéreuse emporte le malade dans le courant de janvier 1878, c'est-à-dire un peu plus d'un an après la deuxième opération.

Observation VI

Le malade fait remonter la cause de sa maladie à un coup d'épée à la mamelle. Autour de la plaie imparfaitement cicatrisée, il restait une induration douloureuse qui, au bout d'un temps assez long proémina en deux ou trois petits mamelons. La peau changea de couleur, s'excoria et bientôt se développèrent les symptômes du cancer ulcéreux. Ablation de la tumeur. La cicatrisation se fait mal. La plaie prend l'aspect cancéreux. Deuxième intervention. Ablation aussi complète que possible. La maladie repullula. Après un an ou dix-huit mois d'un traitement palliatif, on enleva la nouvelle masse cancéreuse et on cautérisa profondément avec le fer rouge. Les résultats ne furent pas meilleurs. Le malade mourut quelques mois après par le fait de la généralisation.

Observation VII

(Thèse Delacour, procurée par M. le docteur Mignon)

Le nommé T... dit avoir reçu, il y a dix ans, un coup sur le sein gauche ; il en a toujours souffert depuis. Depuis six mois, apparition d'une petite grosseur, augmentant peu à peu de volume. Il y a deux mois, la peau commence à s'ulcérer. Ganglions axillaires. Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Opération le 25 mai 1891. Ablation de la tumeur adhérant au grand pectoral. Curage de l'aisselle. Guérison complète en quinze jours. Au mois de mai 1893, c'est-à-dire deux ans après l'opération, le malade est revu à Reims par le docteur Mignon. Pas de récidive.

Observation VIII

(Thorens)

A... R... 60 ans, vient me consulter pour une tumeur du sein gauche. Etat général bon. Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. En 1874, zona du côté gauche ayant apparu d'abord au milieu du mamelon. Il porte les cicatrices sur la paroi thoracique. En janvier 1877 apparition au niveau de l'aréole d'une tumeur à développement lent et continu. Pas d'écoulement par le mamelon. La tumeur est rouge et enflammée. En 1879, il se fit soigner par un empirique, après quoi la tumeur fut ulcérée et douloureuse. A mon examen, tumeur dure, obscurément mamelonnée. Au centre, ulcération à bords irréguliers, taillés à pic. La tumeur est adhérente à la peau

et mobile sous les plans sous-jacents. Elle semble de plus nettement délimitée des tissus environnants et n'avoir pas les prolongements rameux que l'on rencontre dans certaines formes de tumeur du sein. Elle n'est pas très douloureuse à la palpation ; mais est le siège au dire du malade de douleurs lancinantes aiguës survenant par accès.

Une première opération est pratiquée. La cicatrisation est lente à se produire et je me demandais si cette lenteur dans la réparation ne devait pas être regardée comme un commencement de récidive. Il en a été effectivement ainsi.

Au mois de janvier 1881, huit mois après la première opération, R... se présenta dans mon cabinet portant deux petites tumeurs indurées apparues à un mois de distance l'une de l'autre, ayant toutes deux le volume d'un marron ; elles sont dures, irrégulièrement bosselées, adhérentes à la peau, mais mobiles sur les plans sous-jacents. Les ganglions sont parfaitement indemnes, l'état général est bon. Deuxième opération pratiquée le 5 avril 1881. La cicatrisation est complète au bout de trois semaines. Le malade a été revu deux ans après : la tumeur a récidivé pour la seconde fois sous la forme de trois gros noyaux développés le long de la cicatrice. On sent nettement aujourd'hui un ganglion axillaire. Malgré cela, l'état général est très bon.

Observation IX

(Observation traduite R. Williams)

Cancer mélanique du sein chez l'homme

Homme âgé de 41 ans, atteint d'ulcération épithéliomateuse de l'aréole, au milieu de laquelle on pouvait encore distinguer le mamelon. La maladie paraissait consister en plaques in-

durées. Sur les bords de l'ulcère, teinte noirâtre. Ganglions de l'aisselle hypertrophiés. D'après le malade, le mal remontait à cinq années, l'ulcération à six mois. Mère morte à 60 ans d'un cancer de l'intestin. Ablation du sein et des ganglions axillaires. L'examen histologique fait découvrir un cancer mélanique. Malade guérit de l'opération, mais la récidive survient avant la cicatrisation de la plaie. Un an après l'opération, le malade mourait ; le mal avait envahi le thorax, il était survenu un cancer du foie.

Observation X

(Thèse Laforgue)

J... P... 46 ans ; boulanger à S... (Ariège). Antécédents héréditaires : mère variqueuse morte à 77 ans d'influenza ; père cardiaque, hernieux et prostatique, mort à 80 ans d'une fluxion de poitrine ; frère mort tuberculeux à 32 ans ; tante morte d'un cancer du sein gauche à 69 ans Antécédents personnels : de 14 à 20 ans, saignements de nez très abondants tous les huit jours. Si les épistaxis manquaient, il y avait de la céphalalgie. A 20 ans, disparition de ces symptômes. Pendant le service militaire, conjonctivite très fréquente de l'œil gauche. Après un an de service, il fut réformé pour psoriasis localisé au nez. Vers 23 ans, début des hémorroïdes qui ont duré 15 ans. Vers l'âge de 25 ans, prolapsus au rectum à la suite d'effort de défécation. A 37 ans, redoublement des hémorroïdes avec pertes sanguines et anémie. A 38 ans, les hémorroïdes cessent, remplacées par des épistaxis. A 42 ans, ni épitaxis, ni hémorroïdes. Le malade s'est marié à 36 ans, il n'a pas eu d'enfant et lui-même se plaint d'avoir été médiocre mâle. Maladie actuelle : il y a quatre ans, léger

suintement du sein gauche, sans douleur, un peu de liquide chocolat, mais ni tumeur, ni dureté. Il y a un an, l'écoulement s'arrête ; deux ou trois mois après, induration du volume de un franc. — badigeonnage d'iode ; augmentation de la tumeur. Le malade entre à l'hôpital le 5 novembre 1896. Le sein gauche est légèrement en saillie, l'aréole un peu ulcérée. A la palpation, tumeur grosse comme un œuf de pigeon, dure, mobile sur la profondeur, adhérente à la peau. Pas de ganglions axillaires appréciables. Intervention quatre jours après l'entrée. Ablation du paquet ganglionnaire. Suites opératoires normales. Réunion par première intention. Actuellement, excellent état de santé. Il a repris son métier et se croit définitivement guéri. L'examen histologique révèle un carcinome de la variété squirrheuse.

Observation XI

(Thèse Laforgue)

Le nommé B... L...., 66 ans, fut opéré le 1er mai 1891, pour un squirrhe du sein gauche. Malade revu depuis. Etat général bon. Récidive sur la cicatrice avec nombreux noyaux cancéreux dans la peau de la région.

Observation XII

(Thèse Laforgue)

Le nommé J... P..., 60 ans, maçon, à G. (Tarn-et-Garonne) fut opéré pour un squirrhe mobile du sein droit datant de trois ans. Néoplasme se présentant sous forme de noyau

sous-jacent à mamelon ulcéré et croûteux, de forme ovale, plat et large. Ablation d'un ganglion axillaire. Guérison complète, réunion immédiate, *per primam*, sans drain ; tampons dans le creux de l'aisselle. Examen histologique : épithéliome tubulé. L'amélioration dure six mois, puis récidive locale et générale. Mort deux ans après l'opération.

Observation XIII

(Thèse Laforgue)

Le nommé P... J..., cultivateur. Le sein gauche fut amputé et l'aisselle est vidée pour cancer squirrheux développé autour et à la base du mamelon rétracté. Pas d'ulcération. Opéré le 17 octobre 1894. Sorti le 3 novembre. Le malade a survécu un an sans récidive, mais il est survenu une cachexie qui fait supposer une localisation interne du cancer.

Observation XIV

(Thèse Rigaud, Paris 1898)

Pierre G..., 57 ans, présente une tumeur du sein droit, apparue il y a quatre ans. Opéré une première fois par le docteur Gillett elle ne tarde pas à récidiver et dans l'espace de quatre ans, le malade avait été opéré trois fois, toujours par le même chirurgien qui, sans examen histologique, avait porté le diagnostic de cancer. La troisième opération, datant de six mois environ, avait été suivie d'une récidive presque immédiate. A ce moment, le malade présente à la partie antérieure du quatrième espace intercostal une tumeur un peu

irrégulière, dure, ligneuse, du volume d'une mandarine. Elle adhère partout dans la profondeur au grand pectoral. La peau est tendue, luisante. Circulation veineuse très développée. Grosse masse ganglionnaire dans l'aisselle correspondante. Douleur intermittente dans le membre droit. Pas d'œdème. Malgré un amaigrissement assez prononcé, le sujet n'a pas l'aspect cachectique. Malgré les mauvaises conditions anatomiques, Gillett opère le malade pour la quatrième fois. Cette intervention ne ralentit pas l'évolution du mal. De nouvelles masses apparurent au voisinage de la plaie, non encore cicatrisée. La carcinomatose gagna le poumon et le malade mourut quatre mois après.

Observation XV

R... F..., 66 ans, pas d'antécédents. Il y a trois ans, douleur au mamelon droit ; un an après, écoulement d'abord incolore, puis franchement sanglant, se reproduisant à peu près trois fois par mois. Vu à ce moment-là, il présentait au niveau du sein droit un petit galet aplati mobile sur les parties profondes et sous la peau. Pas de ganglions axillaires ; le malade refuse l'intervention qui lui est proposée. Au mois de mars 1895, symptômes identiques à part une augmentation légère de la tumeur. Depuis cette époque, elle fait des progrès considérables et les douleurs deviennent intolérables. Suit la description de la tumeur.

14 avril 1896. — Ablation de la tumeur, curage de l'aisselle, réunion par première intention.

Le malade quitte l'hôpital guéri quinze jours après.

L'examen histologique fait reconnaître un épithéliome tubulé.

Le malade, revu récemment, ne présente pas de récidive.

Observation XVI

(Berns Britisch. M. J. 1887)

H.... 42 ans, pas d'antécédents héréditaires ; obèse, rhumatisant ; dès sa jeunesse, ses seins étaient considérablement développés. Il a noté un traumatisme du sein à cette époque. En ce moment, il se présente avec une tumeur qu'il a vue depuis quelque temps.

Les seins développés ressemblent à de puissantes mamelles de femme.

Mamelon droit rétracté, peau adhérente à la tumeur qui dure, aplatie et ovalaire est mobile sur le grand pectoral.

Pas d'adénite axillaire.

Opération. — Le malade sort 12 jours après , 5 mois après récidive au dessus et au dessous de la plaie ; la tumeur n'est plus mobile sur les plans profonds. Incision très large, guérison lente mais complète en trois semaines.

Un an après, nouvelle récidive plus étendue, ganglions sains mais la clavicule et le sternum sont intéressés. Nouvelle opération et mort après quelques jours avec symptômes d'œdème pulmonaire. L'examen histologique prouve qu'on a affaire à un carcinome de la mamelle avec squirrhe alvéolaire.

Observation XVII

(Hume. — Medical Press and circular 1888)

H.... 55 ans, porteur depuis longtemps d'une tumeur du sein gauche. Il y a trois mois, elle a pris rapidement un volu-

me considérable : en même temps apparaissent quelques douleurs.

Pas d'antécédents personnels, pas d'antécédents héréditaires.

La tumeur siège en dehors de l'aréole. Elle est dure, nettement circonscrite, de forme circulaire, adhérente à la peau, mais mobile sur les parties profondes. Mamelon et aréole intacts. Etat général bon.

Opération-extirpation de la tumeur, curage de l'aisselle.

Examen histologique : squirrhe.

Le malade revu deux mois après ne présente aucun trouble du côté du sein.

Observation XVIII

(Kohler. — Charité. Ann. Berlin, 1890)

H..., 63 ans. Pas d'antécédents. La douleur a été le premier symptôme accusé. Elle survenait à l'occasion du frottement de ses habits. Peu après, il voyait la région augmenter de volume. Aujourd'hui on peut constater l'existence d'une tumeur du volume d'une pomme résistante, bosselée, pas d'engorgement ganglionnaire.

Extirpation. — La tumeur est un carcinome. Longtemps après pas de récidive in situ, mais on a pu extirper des ganglions, présentant la dégénérescence cancéreuse.

Observation XIX

(Moore M.-J., 1894)

Jeune homme de 22 ans. Pas d'antécédents personnels ou familiaux. Présente au niveau du sein gauche un empâtement

impossible à limiter. Il n'accuse aucun traumatisme antérieur et n'a pas de douleurs.

Opération. Une semaine après, sort de l'hôpital. Trois mois après il ne présente aucun signe de récidive.

L'examen histologique révèle une prolifération épithéliale dans les acinis avec tendance à la diffusion dans le tissu conjonctif. C'était probablement le premier stade d'évolution d'une tumeur maligne.

Observation XX

(Sengenesse.— Annales de la Polyclinique de Bordeaux, 1895-96)

H..., 60 ans. Pas d'antécédents personnels. Mère morte d'une tumeur abdominale sur la nature de laquelle on n'est pas fixé. Il n'accuse aucun traumatisme, augmentation du sein droit, sans écoulement.

A la palpation : tumeur grosse comme une amende, dure, lisse mais sans aucune adhérence ni superficielle ni profonde. Pas d'adénite axillaire.

Intervention. 6 mois après récidive au niveau de la cicatrice : ce sont deux petits noyaux adhérents à la peau. Pas davantage d'adénite axillaire.

A la coupe, tumeur d'aspect blanchâtre, formée d'une coque fibreuse, rompue en certains endroits, et d'un stroma a alvéoles remplies de masses cellulaires. Ces masses sont constituées par des cellules volumineuses, dont le noyau volumineux est arrondi, très coloré avec un protoplasma granuleux. Les vaisseaux sont rares et toujours situés dans l'épaisseur des travées conjonctives.

Observation XXI

(Jacobson.— Med. News, 1897)

H..., 70 ans. Pas d'antécédents personnels ni familiaux. Présente au niveau du sein droit une tumeur, adhérente à la peau, mais mobile sur les parties profondes. Ganglions axillaires. La tumeur est extirpée.

Un an après, le malade est revu et présente un gros paquet axillaire qu'on lui propose d'enlever ; il refuse et revient au bout de deux ans avec un empâtement de la région mammaire et de l'aisselle ; il présente des signes de compression des vaisseaux axillaires, en même temps qu'il se plaint de violentes douleurs de bras. Il refuse encore toute intervention et meurt cachectique 4 ans après le début de l'affection.

Examen histologique. — La tumeur qu'on avait macroscopiquement cru être un squirrhe, est un sarcome.

Observation XXII

(Jacobson. — Med. News, 1895, n° 5)

H..., 70 ans, a toujours joui d'une excellente santé jusqu'en 1888, époque à laquelle il s'aperçut au niveau de son sein droit, de l'existence d'une petite tumeur, du volume d'un œuf de pigeon : mobile sur les plans profonds ; la peau est libre aussi et n'adhère pas à la tumeur : on trouve quelques ganglions axillaires.

La tumeur est enlevée, et six mois après, au niveau de la

cicatrice apparaît une éruption ; elle est suivie d'une ulcération qu'on touche avec du chlorure de zinc ; mais l'infection néoplasique fait des progrès et le malade meurt dans le marasme et la cachexie, deux ans trois mois après le début.

Examen histologique. — Epithélioma.

Observation XXIII

(Blodgett, Br. M. J., 1897)

Le malade est un enfant né de parents sains. Il a toujours été bien portant jusqu'à l'âge de 12 ans. C'est vers cette époque que sa mère remarqua que la région mammaire gauche était enflée. Aujourd'hui, le mamelon est très rouge, induré et reposant sur une base dure aussi ; ce n'est pas une tumeur limitée, mais c'est une induration de toute la région, se continuant insensiblement avec les tissus sains : cette induration a augmenté graduellement. Depuis quelques mois, la peau lui est adhérente et impossible à plisser.

On enlève la tumeur ; elle présente la structure typique du carcinome qui avait envahi tout le tissu visible de la glande.

Le malade a été opéré il y a 5 ans et n'a encore présenté aucune récidive.

Observation XXIV

Plummer. — The Lancet, 1897, 1203)

H..., 30 ans, entre à l'hôpital au mois de mars de cette année. Voici son histoire : 8 ans avant, il remarqua une petite masse au niveau de son sein droit : elle est restée à peu près stationnaire pendant 4 ans ; quoique indolore par elle-même,

la pression sur ce point provoque des douleurs dans le bras droit.

En janvier 1893, cette tumeur fut enlevée. En 1895, le malade constata de nouveau, en haut et en dehors du côté droit, un petit nodule qui augmenta graduellement et s'accompagna des mêmes douleurs dans le bras droit.

La tumeur fut enlevée ; elle avait le volume d'un œuf de pigeon et l'examen démontra qu'on avait affaire à un squirrhe de la glande mammaire.

Ajoutons un fait intéressant : deux cousines du malade sont mortes, l'une d'un cancer du sein, l'autre du rectum.

NOM DES AUTEURS	Age	Sein malade		DATE du début	Traitement	RÉSULTATS OPÉRATOIRES	
		droit	gauche			RÉCIDIVES	NON RÉCIDIVES
Varren	50	1		6 mois	Ablation		Cicatrice intacte quelques mois après l'opération.
Carpentier-Méricourt	54	1		3 ans	»	Récidive peu de temps après.	
The Lancet	40	1		4 ans	»	Cicatrice normale au 2e mois. Formation de nodules cancéreux péri-cicatriciels Cachexie.	
The Lancet	64		1	6 ans	»	Cicatrice intacte au 6e mois, puis formation de nodules cancéreux.	
Bull. Thérapeutique	64	1		2 ans	»	Cicatrisation. 3 semaines après, récidive. Nouvelle opération, le malade est perdu de vue.	
Cruveilhier (Atl. Anat. path.)	40	?	?	?	»	Récidive à 8 mois. Nouvelle opération. Récidive 3e opération avec cautérisation, récidive et mort.	
Mercier et Stanski	52	1		4 ans	»	Récidive Métastases osseuses et des ganglions axillaires.	
Birkett	44	?	?	?	»		En bon état, 14 mois après.
Dr S. Duplay	50		1	Qques mois	»		Guérison parfaite, 3 ans après.
Velpeau	48		1	?	»	Récidive au bout de 18 mois. Nouvelle intervention ?	

NOM DES AUTEURS	Age	Sein malade droit	Sein malade gauche	DATE du début	Traitement	RÉSULTATS OPERATOIRES RÉCIDIVES	RÉSULTATS OPERATOIRES NON RÉCIDIVES
Velpeau	?	?	?	?	Ablation	Récidive. 2e intervention, mort par infection généralisée 10 mois après.	
Prescot-Rewel	55		1	?	»	Récidive 3 mois après. Nouvelle intervention ?	
Ricord	45	?	?	?	»	Récidive.	
Chenet	41	1		3 ans	»	Récidive sous forme de nodules, nouvelle extirpation. Mort par cachexie.	
Annali Universali (novembre 1878)	60	?	?	4 ans	»	Récidive au centre de la cicatrice au bout de quelques mois. Nouvelle opération. Récidive. Mort par cachexie au bout d'un an	
Coke	46	?	?	4 ans	»	Nodules cancéreux quelques mois après. Mort par cachexie	
Maunder	42		1	?	»		Pas de récidive au bout de 18 mois.
Johnson	30		1	?	»	6 mois après, nodules cancéreux ; nouvelle intervention.	
Delacour	?		1	6 mois	»		Pas de récidive après 2 ans.
Thorens	60		1	6 mois	»	Récidive avant cicatrisation complète. Mort un an après.	
Laforgue	4		1	4 ans	»		Guérison persistant 18 mois après.
»	66		1	?	»	Malade revu. Récidive sur [illegible]	

NOM DES AUTEURS	Âge	droit	gauche	du début	Traitement	RÉCIDIVES	NON RÉCIDIVES
Laforgue	60	1		3 ans	Ablation	Récidive 6 mois après. Mort au bout de 2 ans.	
»	?		1	?	»		Pas de récidive. Mort au bout de 2 ans, dans état cachectique, supposé lié à généralisations viscérales.
Pigot	57	1		4 ans	»	4 opérations. 4 récidives. Mort 4 mois après la dernière.	
»	66		1	3 ans	»		Le malade revu 2 ans après. ne présente pas de récidive.
»	42		1	?	»	Récidive 5 mois après ; nouvelle opération. Récidive 1 an après ; nouvelle opération. Mort.	
»	55		1	3 mois	»		Malade revu 3 mois après ; pas de récidive.
Kohler	63	?	?	?	»	Récidive dans les ganglions axillaires.	
Moore	22		1	?	»		Revu 3 mois après ; pas de récidive.
Sengensse	60	1		?	»	Récidive 6 mois après.	
Jacobson	70		1	2 ans	»	Récidive 1 an après Mort 2 ans après.	
»	70	1		6 ans	»	Récidive 6 mois après sur cicatrice. Mort 1 an après par cachexie.	
Blodgett	12		1	?	»		Pas de récidive, 5 ans après.

NOM DES AUTEURS	Age	Sein malade		DATE du début	Traitement	RÉSULTATS OPÉRATOIRES	
		droit	gauche			RÉCIDIVES	NON RÉCIDIVES
Plummer	39	1		8 ans	Ablation	Récidive 2 ans après.	
Massay	65	1		6 ans	»	Récidive 3 mois après.	
Bell	56	1		4 ans	»	15 mois après l'opération, récidive ; dépôt cancéreux sur la 5e côte. Nouvelle opération. Mort 4 mois après.	
Beurnier	45	1		?	»	Récidive 3 mois après au niveau du sein gauche. Nouvelle opération.	Depuis un an, guérison.
Soubeyran	42		1	28 mois	»	Récidive au 15e mois. Nouvelle intervention 8 mois après la récidive.	3 mois après, pas de nouvelle récidive.

CONCLUSIONS

I. — Le sein de l'homme peut, comme celui de la femme, être le siège de différentes formes de cancer, épithélioma et sarcome.

II. — Ces tumeurs s'y rencontrent moins fréquemment que chez la femme. La proportion est de 1 cancer chez l'homme pour cent chez la femme.

La forme le plus souvent observée est le carcinome fibreux ou squirrhe.

III. — Les causes susceptibles de produire l'éclosion de la tumeur sont à peu près les mêmes que chez la femme ; il ne faut pas exagérer la valeur étiologique de toutes les conditions qui tentent à rapprocher le sein de l'homme du sein de la femme au double point de vue anatomique et physiologique.

IV. — La symptomatologie est, en général, assez effacée, ses traits généraux sont peu accentués mais se précisent cependant au moment de la transformation de la tumeur qui, d'indolente qu'elle était, devient très active. Le symptôme douleur est très rare.

V. — Le diagnostic est difficile au début. Un élément important en est cependant fourni par l'adhérence très précoce de la peau sur la tumeur.

VI. — Le pronostic est moins grave que chez la femme.

VII. — Le seul traitement est l'ablation. Il a d'autant plus de chances d'être efficace qu'il est plus précoce et que l'exé-

rèse est plus large. On doit pratiquer l'évidement axillaire, comme chez la femme.

VIII. — Les récidives sont fréquentes (60 pour cent), moins toutefois que chez la femme. Plus tardives que chez celle-ci, elles sont encore susceptibles de guérison.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 31 mars 1905
Le Recteur.
BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 1er avril 1905
Le Doyen.
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Adams. — Case of cancer of the left mamma. Proc. Roy. Med. and S. Soc. London, 1862, IV, 117.

Bell. — Tr. path. Soc. Lond., 1896.

Bérard. — Thèse de concours, 1842, p. 145.

Beder. — Quelques faits particuliers sur la gynécomastie. Gaz. méd. de Paris, 1836, 689-691.

Bertheraud. — Des tumeurs du sein chez l'homme. Ann. méd. de la Flandre occidentale, 1855, p. 513-517.

Brossard. — Cancer du sein chez un homme. Poitou médical, Poitiers, 1898, p. 97-101.

Berns. — Ein weiterer Fall von Krebs der mannlichen Brustdrüse. Arch. f. klin. Chir., Berlin, 1887, p. 228-230.

Blodgett. — Cancer of breast in a child. Brit. med. J., 1897, p. 611.

Bilroth. — Path. chir. génér., 1868, p. 770.

Buchanam. — Cancer of the male breast. Glasgow, N.-Y., 1893, p. 149.

Chenet. — Etude sur le cancer du sein chez l'homme. Thèse de Paris, 1876.

Cas isolé. — Cancer of the breast in man. Lancet, 1841-42, II, 414.

Childs. — Cancer in the male breast. Lancet, 1864, II, 266.

Cooke. — Two cases of scirrhus of the male breast ; reappearance after amputation. Lancet, 1858, II, 462.

Courtade. — Deux cas d'épithélioma du sein chez l'homme. Union méd., Paris, 1885, 3e s., XI, 1070-73.

Delacour. — Etude sur le cancer du sein chez l'homme. Thèse de Paris, 1894.

Dussaussoy. — Dissertation et obs. sur la gangrène des hôpitaux, Genève, 1787.

FOUCART. — Tumeur du sein chez l'homme. France méd., 1856, III, 284.

GARS. — Cancer du sein chez l'homme. J. des sc. méd. de Lille, 1887, p. 392-395.

GELLÉ. — Sur un cas de cancer chez l'homme. Echo médical du Nord, 1902.

GUÉGAN. — Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme. Thèse de Bordeaux, 1903.

GILLETTE. — Carcinome ulcéré de la mamelle gauche chez l'homme. Union médicale, 1874, XXVIII, 942.

HENRY. — Thèse inaugurale. Breslau, 1879.

HORTELOUP. — Des tumeurs du sein chez l'homme. Thèse d'agrégation, 1872.

IGNATIEFF. — Traitement du cancer du sein. Thèse de Toulouse, 1902.

IMBERT. — Un cas de cancer du sein chez l'homme. Gaz hebd. des sc. m. de Montpellier, 1891, 541-555.

JACOBSON. — Trois cas de tumeur du sein dont deux chez l'homme. Med. News, 1897, n° 5.

JOHNSON. — Scirrhus of male breast. N.-Y. M. Times, 1853, I, III.

KOHLER. — Carcinoma der Brustdrüse, bei einem Mann. Charité Ann., Berlin, 1890, 443-452.

LAFFORGUE. — Thèse inagurale, Toulouse, 1896.

LEDRAN. — Mém. sur le cancer, 1778, p. 112.

LANDRY. — Contribution à l'étude du cancer chez l'homme. Thèse de Paris, 1883.

LEBERT. — Phýsiologie path., 1845, t. II, p. 317.

LISFRANC. — Clin. chir. de la Pitié, 1841, t. I, p. 139.

MARCANO. — Bull. de la Soc. anat., 1874, p. 921.

MARCOWITZ. — Cancer du sein chez l'homme. Bull. Soc. anat., Paris, 1860, p. 134.

MOORE W. — Two cases of cancer of the male breast. Austral. M. J., Melbourne, 1895, n. s. XVII, p. 96.

MORRE. — Scirrhus of the male breast. Lancet, 1861, II, p. 110.

MOUTARD-MARTIN. — Squirrhe du sein droit chez un homme de 72 ans. Pr. méd., 1876, IV, p. 296.

MULLER. — Ein Fall von Carcinom der männlichen Brustdrüse. Deutsche Ztschr. chir., Leipzig, 1874, V, p. 496.

Nélaton. — Des tumeurs de la mamelle. Thèse d'agrégation, 1839, p. 115.

Ollive. — Cancer du sein chez l'homme. J. de méd. de l'Ouest.

Peltier. — Note sur le cancer du sein chez l'homme. Rev. phot. des hôpitaux, 1871, III, p. 130.

Plummer. — The Lancet, 1897, p. 1203.

Pigot. — Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme. Thèse de Paris, 1898.

Poirier (P.). — Contribution à l'étude des tumeurs du sein. Thèse de Paris, 1883.

Poisson. — Du cancer du sein. Thèse de Paris, 1854, p. 17.

Richet. — Anat. méd. chir., 4e édit., p. 330.

Robert. — Arch. de médec., 1854, p. 607.

Rosenthal. — Wien. med. Presse, XIV, 1 et 2, 1873.

Sedillot. — Presse méd., t. I, p. 140.

Sengensse. — Un cas de cancer du sein chez l'homme. Annales de la Policlin. de Bordeaux, 1895-96, IV, 278-292.

Terrier. — Deux cas de cancer du sein chez l'homme. J. de méd. et de chir. prat., 1873, XLIV, p. 489.

Tillaux. — Mouv. méd., juin 1874, p. 270.

Velpeau. — Traité des maladies du sein, 2e édit., 1858, p. 695.

Verneuil. — Hist. des tumeurs de la peau. Arch. gén. de méd., mai 1854, p. 556.

— Journal de méd. et de chir. prat., t. XLIII, p. 152.

Vidal (de Cassis). — Path. ext., t. III, 3e édit., p. 811.

Vitrac. — Cancer du sein chez un homme. Journ. de méd. de Bordeaux, 25 mars 1894.

Williams. — Cancer of the male breast, based on the records of one hundred cases. Lancet, London, 1889, 251, 310.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !